



Таким чином, жоден з відомих скринінгових методів не відповідає вимогам, та не є достатньо рентабельним, достатньо чутливим чи малоінвазивним. Такі результати дослідження підкреслюють важливість пошуку нового методу скринінгу раку ротової порожнини.

**Кравчук С.Ю.**

## **КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ ТА ЇЇ ВІДМІННОСТІ ВІД МЕТАСТАТИЧНОЇ ХВОРОБИ ЛЕГЕНЬ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Буковинський державний медичний університет*

На матеріалі дослідження 45 хворих на коронавірусну хворобу COVID-19 та 8 хворих на метастатичну хворобу легень встановлені основні радіологічні ознаки інтерстиційної пневмонії, характерної для COVID-19, та її відмінності від метастатичного ураження легень.

Встановлено, що комп'ютерна томографія є високоінформативним методом променевого дослідження, який є необхідним у діагностиці коронавірусної хвороби COVID-19. Коронавірусна хвороба COVID-19 проявляється КТ-ознаками інтерстиційної пневмонії, характерної для вірусного запалення легень. У хворих на коронавірусну хворобу виявляються КТ-симптоми зниження прозорості легеневої паренхіми за типом «матового скла». Ділянки зниження прозорості легеневої паренхіми за типом «матового скла» у більшій кількості хворих (33 пацієнтів) розміщуються у суплевральних відділах сегментів S2, S6, S9, S10 обох легень. В інших 12 пацієнтів вони присутні не тільки в цих, але й в інших сегментах, або представлені в усіх сегментах легень. У 18 пацієнтів виявляється характерний КТ-симптом «брукової бруківки» («crazy paving»). У більшій частині хворих (35 пацієнтів) ущільнення за типом «матового скла» формують інфільтративні ділянки розмірами від 20 до 60мм і більше, неправильної форми з нечіткими контурами. Щільність цих ділянок становить від -300 - -50НУ. Зміни у легенях, що супроводжуються появою ділянок зниження щільності за типом «матового скла», трактуються як інтестичійна пневмонія, яка є характерною для вірусних пневмоній. За допомогою комп'ютерної томографії можна визначити не тільки наявність інтерстиційної пневмонії, але й ступінь ураження легень вогнищами та ділянками інфільтрації за типом «матового скла». У частині хворих на коронавірусну пневмонію у легенях виявляються КТ-ознаки гідротораксу та середостінної лімфаденопатії. Характерні для інтерстиційної пневмонії зміни у легенях часто супроводжуються КТ-ознаками ураження серця – кардіоміопатії та ексудативного перикардиту.

У 7 хворих ділянки ущільнення виявляються у вигляді вогнищ розмірами від 5мм до 20мм на тлі дифузного зниження щільності легеневої паренхіми за типом «матового скла». Ці вогнища подібні до метастатичного ураження легень, проте мають характерні відмінності – низьку щільність та нечіткі контури. Комп'ютерна томографія може з високою точністю відрізнити вогнища ураження легень при коронавірусній хворобі COVID-19 від вогнищ метастатичної хвороби легень.

**Морар І.К.**

## **ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ ЛАПАРОТОМНОЇ РАНИ ЗА ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Буковинський державний медичний університет*

Одним із найбільш небезпечних ускладнень в абдомінальній хірургії є післяопераційна евентрація, летальність при виникненні якої сягає до 20%, а за даними деяких авторів – до 65%. Одним із головних чинників розвитку даного ускладнення є внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ), яка має місце за різної хірургічної патології у ранньому післяопераційному періоді.

Експериментальне дослідження морфологічних особливостей грануляційної тканини у ділянці лапаротомної рани за ВЧГ дасть змогу визначити місце та роль останньої у виникненні післяопераційної евентрації. Тому метою дослідження було вивчити в



експерименті вплив ВЧГ на морфологічні особливості грануляційної тканини лапаротомної рани.

Експеримент проведено на 102 лабораторних щурах, яким виконано серединну лапаротомію довжиною до 3,0 см та зведено краї м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки простими вузловими швами. Всіх дослідних тварин розподілили на дві групи – основну та порівняння. Основну групу склали 72 тварини, яким створювали ВЧГ шляхом уведення у черевну порожнину ємності (презервативу) з певною кількістю фурациліну. Залежно від рівня ВЧГ тварин основної групи розподілили на дві підгрупи. Рівень ВЧГ тварини першої підгрупи становив 20 смН<sub>2</sub>О, а другої – 40 смН<sub>2</sub>О. Групу порівняння склали 48 тварин, яким після виконання лапаротомії у черевну порожнину заведено пустий презерватив. Забір біологічного матеріалу проводили на 1-у, 3-ю та 5-у доби після створення ВЧГ, шляхом висічення м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки, під загальним в/м знеболенням з дотриманням правил асептики. Для цілей морфометрії за допомогою комп'ютерної мікроденситометрії (комп'ютерна програма ImageJ 1.48 v) проводили порівняння кількості клітин грануляційної тканини (%).

Отримані результати дослідження свідчать, що створена ВЧГ призводить до нерівномірного повнокров'я тканин м'язово-апоневротичного шару навколо грануляційної тканини, з характерною особливістю: венули містять велику кількість еритроцитів, інколи спостерігається сладж, а артеріоли – «порожні». При фарбуванні водним блакитним-хромотропом відмічається набряк та місцями крововиливи, що пояснюється підвищеною проникністю судин. Дані патологічні зміни починають відмічатися на 3-ю добу дослідження, при зростанні рівня ВЧГ до 20 смН<sub>2</sub>О.

При дослідженні самої грануляційної тканини зміни виникають починаючи з 3-ї доби спостереження, де за ВЧГ відмічається вірогідне переважання відсотку лімфоїдних клітин над фібробластами. Також, при зростанні рівня ВЧГ до 40 смН<sub>2</sub>О відсоток нейтрофілів вірогідно перевищує відсоток фібробластів, що свідчить про підвищену проникність судин, набряк, тобто ознаки запалення.

Отже, післяопераційна внутрішньочеревна гіпертензія призводить до нерівномірного повнокров'я, як м'язово-апоневротичного шару так і грануляційної тканини, збільшення об'єму останньої, а також до переважання відсотку лімфоїдних клітин над фібробластами, що свідчить про затримку репаративних процесів у ділянці рубця. Особливістю венозного повнокров'я за створеної внутрішньочеревної гіпертензії є сладж еритроцитів у венулах та «порожні» артеріоли. Ступінь вираження патогістологічних змін спричинених внутрішньочеревною гіпертензією залежить від рівня внутрішньочеревного тиску та тривалості його дії.

**Унгурян В.П.**

## **ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЕВЕНТРАЦІЇ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Буковинський державний медичний університет*

На сьогоднішній день, незважаючи на розвиток сучасної медицини, частота розвитку післяопераційної евентрації залишається на досить високому рівні та становить від 0,5 до 2,35%. Летальність при розвитку даного ускладнення сягає до 40-65%, особливо при виникненні на тлі гнійної післяопераційної рани. Одним із багатьох вагомих чинників, який має безпосередній вплив на виникнення післяопераційної евентрації є внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ). Якщо роль рівня ВЧГ у розвитку післяопераційної евентрації є досить зрозуміла та прогнозована, то тривалість ВЧГ та її ступінь залишається до кінця невизначеною. Вивчення тривалості ВЧГ у розвитку післяопераційної евентрації дасть змогу краще зрозуміти етіопатогенез виникнення даного ускладнення та знайти способи щодо ефективного його попередження. Тому метою дослідження було - вивчити роль тривалості внутрішньочеревної гіпертензії, залежно від її ступеня, у розвитку післяопераційної